Ueber die

Impetigo herpetiformis Hebra's.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

HEINRICH MARET

app. Arzt aus Lessy b. Metz

METZ

Buchdruckerei von Gebr. Even.

1887.

Ueber die

Impetigo herpetiformis Hebra's.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

HEINRICH MARET

app. Arzt aus Lessy b. Metz.

METZ
Buchdruckerei von Gebr. Even.
1887.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547619_0069

Im Sommersemester 1887 wurde auf der Strassburger Klinik für Dermatologie ein Fall von einer seltenen Hauterkrankung, von Impetigo herpetiformis, beobachtet, der sowohl durch seine Langwierigkeit, als auch durch sein sehr charakteristisches klinisches Bild und seinen gegen die bisherigen Erfahrungen ausnahmsweise günstigen Ausgang Interesse bot.

Die Kranke war eine schwangere Frau, welche vor achtzehn Jahren bei ihrer ersten Gravidität von derselben Affection befallen worden war.

Da nur wenige Fälle dieser Affection bekannt und in der Litteratur beschrieben worden sind, und da ich Gelegenheit hatte, die Patientin seit ihrem Eintritt in das Hospital bis zu ihrer Genesung täglich zu beobachten, schien es mir angemessen, diesen Fall und seinen Verlauf in extenso zu schildern.

Der ausführlichen Krankengeschichte will ich einige historische Bemerkungen anfügen, die analogen Fälle aus der Litteratur, soweit ich sie habe sammeln können, kurz wiedergeben und mit einigen kritischen Bemerkungen, betreffend das Wesen der Krankheit, diese kurze Abhandlung zu Ende führen.

I. Krankengeschichte und Krankheitsverlauf.

L. C. tritt in das Hospital am 28ten März 87 ein. Sie ist 43 Jahre alt und stammt aus gesunder Familie. Die Mutter, 70 Jahre alt, lebt noch; zwei Geschwister

sind ganz jung gestorben, drei andere leben noch. Der ältere Bruder leidet seit Jahren an einem nicht zu ermittelnden Hautausschlag (die Fuss- und Handnägel haben sich öfters abgestossen); der jüngere Bruder hat eine rauhe Haut (wahrscheinlich Ichthyosis). Die Schwester der Patientin litt im sechszehnten Jahre an einem Ausschlage auf der rechten Wange und am rechten Arme, der erst nach einem Jahre heilte und bei den Schwangerschaften jedesmal wiederkehrte.

Patientin will stets gesund gewesen sein. Sie wurde mit neunzehn Jahren menstruirt, und die Regeln waren seitdem immer normal. Im Jahre 1868 heirathete sie einen gesunden Mann; fünf Monate nachher wurde sie zum ersten Male schwanger. Im fünften Monat der Gravidität brach ein dem jetzigen ganz ähnlicher Hautausschlag aus. Von den Schenkeln ausgehend verbreiteten sich Gruppen von isolirten oder confluirenden Bläschen mit eitrigem Inhalt und auf erythematösen oder diffus gerötheten Plaques sitzend über Bauch, Brust und Extremitäten unter ziemlich heftigen Fiebererscheinungen.

Die Patientin gibt ganz genau an, jede neue Eruption an dem sich einstellenden Fieber und Frost wahrgenommen zu haben. Am Ende der Schwangerschaft war die Eruption über die ganze Körperfläche diffus verbreitet; es waren excoriirte und nässende Stellen zu sehen; andere Stellen waren mit Krusten bedeckt.

Das Kind, welches sehr schwächlich war, starb nach zehn Tagen. Der Ausschlag besserte sich dann spontan und nach zwei Monaten war vollständige Heilung eingetreten, nachdem die Haut sich abgeschuppt hatte.

Im Anfang August 1886 hatte die Patientin die letzte Menstruation; die Schwangerschaft verlief bis jetzt normal. Mitte Februar 1887 trat, nachdem die Frau sich schon einige Zeit unwohl gefühlt hatte, zuerst am rechten Schenkelleistenbug ein Ausschlag auf, der zuerst nur eine thalergrosse Röthe war, innerhalb deren Pusteln

aufschossen. Das Auftreten der Pusteln machte sich durch ein Gefühl von Jucken und Brennen bemerkbar.

Die Patientin kratzte daran, und die Pusteln entleerten einen grünlichen Eiter, welcher zu grüngelben Krusten eintrocknete.

Die nächsten Efflorescenzen traten an der Brust auf, erst rechts, dann links; ferner am Leibe, den Oberarmen, den Beinen und am 20. März die letzten am Rücken. Das Auftreten neuer Pusteln fand bei Tag und bei Nacht statt, und verursachte jedesmal Brennen und Jucken.

Jedoch waren die Beschwerden nicht derart, dass die Patientin deswegen die Arbeit aufgegeben oder das Bett gehütet hätte. Seit Beginn der Affection bestand Verstopfung, das Uriniren war schmerzhaft. Appetit war immer vorhanden.

Beim Eintritt der Kranken am 28. März wird folgender Status aufgenommen:

Die Patientin ist von mittlerer Statur, mit mässig entwickeltem Panniculus adiposus. Die Haut ist an den gesunden Stellen normal. Das ganze Hypogastrium ist von grünlich braunen Krusten bedeckt, ebenso der obere Theil der Innenseite beider Oberschenkel; in den Inguinalfalten ist die Epidermis macerirt und bietet eine breiartige grünlichgelbe Masse dar. Die äusseren Geschlechtstheile sind geröthet und etwas œdematös. Der ganze Rumpf ist von theils disseminirten theils confluirenden Krusteninseln bedeckt, um welche herum miliare bis hanfkorngrosse Pusteln sich finden. Diese Pusteln sind kreisförmig angeordnet, einige von ihnen confluiren. In der Hüftenregion rechterseits sind mehrere Gruppen und Haufen von Pusteln zu sehen, von denen die mittleren zu braunen oder grünlichen Borken vertrocknen. Auf diese Art bilden diese Pustelgruppen meist runde oder ovale Plaques, welche auf diffus geröthetem Grunde aufsitzen, deren Centrum von kleinen Borken, und deren Peripherie von einem einfachen oder mehrfachen Kreise

kleiner Pusteln gebildet wird (cf. Bild). Auf den Brüsten sind mehrere Markstük-grosse und von Borken bedeckte Stellen zu finden; an der rechten Mamma unter der Brustwarze findet sich eine ca 5 cm. lange und 2 cm. breite, theils von Krusten bedeckte, theils excoriirte Stelle. Die Haut in der Falte unter den Brüsten ist wie in der Schenkelfalte in eine breiige, grünliche und übelriechende Masse verwandelt. Der untere Theil der Schenkel, die Arme und das Gesicht sind fast frei von Eruption; nur hie und da erblickt man wenige disseminirte Pusteln oder einige kleine Pustelgruppen. Auf dem behaarten Kopfe sind nur wenige zerstreute trockene Borken.

Die sämmtlichen sichtbaren Schleimhäute zeigen keine Spur der Eruption, mit Ausnahme der Zunge. Diese ist feucht, wenig belegt und zeigt in ihrer Mitte eine glänzende, epithelberaubte Stelle mit unregelmässigen Rändern, leicht infiltrirt und eine serpiginöse Linie auf der Zunge bildend.

Auscultation und Percussion der inneren Organe ergibt nichts Abnormes.

Der Uterus reicht zwei Finger breit über dem Nabel; die kindlichen Herztöne sind deutlich hörbar.

Abgesehen von den durch die Spannung der Haut und den Pruritus erzeugten Beschwerden ist der Zustand der Patientin relativ gut.

29. März: Auf einem durch Kratzen auf dem Sternum gestern hervorgebrachten Striche haben sich mehrere Pustelchen entwickelt.

Vorn unten an der Bauchwand lässt sich eine von den zahlreichen Krusten abheben; unter ihr liegt eine mit Eiter bedeckte excoriirte Fläche.

Die Patientin hat in der Nacht wegen eines Gefühls von Brennen in den Händen wenig geschlafen.

Am Nagelgliede des 4. und 5. Fingers der rechten Hand sind zwei Efflorescenzen bemerkbar, in deren Um-

kreise sich mehrere kleine Pusteln mit purulentem gelblichem Inhalt befinden. Temp. 37. 3 38. 7.

Ordin: Lanolin-Vaselin und Zinksalbeverbände

30. März: Die subjectiven Beschwerden der Patientin: Kopfschmerzen, Hitzegefühl und Pruritus waren derart, dass sie die ganze Nacht hindurch nicht schlafen konnte.

An der Innenfläche des linken Oberschenkels sind unter Jucken und Brennen neue gelbgrüne Pusteln aufgetreten, welche mehrere Gruppen bilden.

Die Efflorescenzen auf dem Rücken haben sich nicht weiter entwickelt.

Die vordere Bauchwand ist vom Nabel bis zu den Leisten und den grossen Labien von grünlichen Krusten bedeckt, welche theils isolirt, theils confluirend sind. Temp. 36. 7 37. 4.

31. März: Die Krusten an der Bauchwand lassen sich zum Theil abheben; darunter liegt eine eiternde oder papillenzeigende epidermislose Fläche. Temp. 36. 9 38. 5.

1. April: An der Volarfläche der Hand und ganz besonders der Finger haben sich unter Gefühl von Brennen Pusteln entwickelt, theils vereinzelt, theils confluirend. Der Inhalt derselben war von vornherein trüb und eitrig, nicht serös.

An der Innenseite der Oberschenkel hat die Eruption Fortschritte gemacht; um die ersten Pustelgruppen sind neue hirsekorngrosse Pusteln entstanden, kreisförmig angeordnet; auch einige discrete Pusteln. Temp. 36.7 37.4.

2. April: Der Zustand ist derselbe. Die Urinmenge ist etwas subnormal; der Harn ist roth und trübe, er enthält geringe Mengen von Eiterkörperchen, Blasenepithelien, aber kein Eiweiss. Temp. 36. 7 38. 7.

3. April: Auf der Vorderseite der Oberschenkel haben sich neue Gruppen von eitrigen miliaren Bläschen entwickelt; auch sind einige vereinzelt stehende anzutreffen,

An der Brust unter dem Sternum ist auf einer diffus gerötheten Plaque ein Haufen von stecknadelkopfgrossen Pusteln entstanden, mit circinärer Anordnung, deren Auftreten sich durch Brennen und lästiges Jucken bemerkbar gemacht hat. Temp. 36. 8 37. 0.

4. April. Es ist kein neuer Schub aufgetreten. Trotzdem ist die Patientin aufgeregt und schläft schlecht. Sie klagt auch über Schmerzen beim Uriniren, was aber wohl allein auf die Gravidität zu beziehen ist. Temp. 36.9 38.

Ord. Natr. aceticum innerlich. (Natr. acetic. 12,0. Aq. destill. 200,0 Syr. Rub. Idae. 20,0 Alle 2 Stunden 1 Esslöffel). — Antifebrin 0,25 abends.

5. April. Temp. 37.1 37.5. Ord. Bad.

6. April. Die Pusteln unter der Epidermis der Vola der Hände und der Finger sind breiter geworden, sie confluiren und sind mit gelbgrünem Eiter gefüllt. Während an den andern Körperstellen die Pusteln nach einiger Zeit vertrocknen und Borkenbildung stattfindet, ist dies an der Vola der Hände nicht der Fall, indem hier die harte Epidermis stärkeren Widerstand leistet. Die Patientin empfindet daher Brennen und Spannung an den Händen. Die noch gefüllten Pusteln werden angestochen und durch deren Entleerung der Patientin einige Erleichterung verschafft. In dem sich entleerenden grünlichen Eiter werden zahlreiche Coccen mikroscopisch nachgewiesen, welche einige Zeit lang zwischen den Eiterzellen sich bewegen.

Gegen Abend ist eine neue Eruption von hirse- bis hanfkorngrossen Pusteln am untern innern Drittel des linken Oberschenkels aufgetreten. Temp. 37.2 38.

7. April. Temp. 37.6 38.6. Ord. Bad.

8. April. Neue discrete Pusteln sind an der Volar- und dorsalseite sämmtlicher Finger bemerkbar. Temp. 37.7 37.9. Ord. Bad.

9. April. Temp. 36.8 38.5. Ord. Bad.

10. April. An beiden Unterschenkeln wird eine neue

Eruption constatirt, über den Knöcheln ringsum sich ausbreitend. Diese Pusteln sind zum Theil unregelmässig vertheilt, zum Theil in kleinen Gruppen angeordnet. Der untere Theil der Unterschenkel ist geschwollen und ödematös, ebenso die Füsse.

An dem Bauche und der Brust, an der Innenseite der Oberschenkel sind die Krusten zum grossen Theil abgefallen; die Epidermis ist neu ersetzt, zart und hellrothgefärbt. Temp. 36.8 37.6. Ord. Bad.

11. April. Die Patientin fühlte sich nach dem heutigen Bade sehr schwach und matt. Temp. 36.9 37.7

12. April. In der Nacht vom 11. auf den 12. ging die Geburt eines fast reifen, jedoch kleinen und sehr schwächlichen Kindes vor sich. Die Placenta zeigte nichts abnormes. Die Geburt des Kindes war leicht; abgesehen von einigen unbedeutenden kleinen Dammrissen haben die mütterlichen Geschlechtstheile gar nicht gelitten.

Das Kind trägt keine Spur von Hauterkrankung an sich. — Temp. 37.1 37.6.

13. April. Die Eruption an beiden Unterschenkeln greift weiter um sich. Das ganze untere Drittel der Unterschenkel ist von gelbgrünen Krusten bedeckt bis über die Malleolen; in der Peripherie nach auf- und abwärts entstehen neue discrete und auch confluirende Pusteln. Temp. 36.2 38.0

14. April. Ueber beide Achseln, auf der Hautfläche entsprechend der Lage des Deltoïdeus sind neue kleine Pusteln aufgeschossen. Sie sind zu kleinen, fast kreisrunden Gruppen gehäuft und mit gelbgrünem Eiter gefüllt.

Beim Abheben des Verbandes lassen sich an den Unterschenkeln die meisten Krusten entfernen und hinterlassen eine eiternde excoriirte Fläche.

Beide Füsse sind stark ödematös. Auf dem Dorsum derselben entstehen eine Menge kleiner discreter Pusteln in kleinen Haufen.

An der vorderen Brustwand über dem Sternum und

beiderseits über den Brüsten entsprechend der zweiten und dritten Rippe ist ebenfalls eine Eruption neuer Efflorescenzen zu constatiren.

Die Bauchwand ist fast ganz befreit von den sie bedeckenden Borken und ist mit neuer rother Epidermis versehen. Temp. 38 39.1. Ord. Bad.

15. April. Während der Nacht ist eine neue Eruption hirsekorngrosser discreter Pusteln auf dem Dorsum beider Füsse und auf der Dorsalseite der grossen Zehe des linken Fusses aufgeschossen. An den kleinen Zehen beiderseits finden sich auf der Aussenseite mehrere hanfkorngrosse flache Pusteln.

Neue Efflorescenzen sind auf der Vorderseite des linken Oberschenkels unter dem Poupart'schen Bande aufgetreten, über eine Fläche von einer Handbreit sich ausdehnend. Sie präsentieren sich in kleinen fast kreisrunden Haufen; mehrere der Pusteln in der Mitte der Gruppen sind bereits im Vertrocknen begriffen; die Haut darunter ist entzündet und geröthet. Temp. 38.5 39.6.

16. April. Die rechte Mamma zeigt nach Entfernen des Verbandes drei grosse excoriirte und unregelmässig contourirte Stellen.

Der ganze rechte Oberarm ist von neuen Pusteln bedeckt, theils discret, theils confluirend, aber unregelmässig vertheilt.

Die Patientin leidet seit fünf Tagen an Obstipation; nach Darreichen von Pulv. Liq. comp. erfolgen drei Stühle. Temp. 38.2 39.5.

17. April. 38.1 39.2. Ord. Bad.

18. April. Der ganze Hals, besonders die Vorderseite ist von einer Eruption disseminirter miliarer bis hanfkorngrosser Pusteln ergriffen.

Der Ausschlag hat auch die Ohren, besonders deren hintere Fläche ergriffen; sie sind eiternd und nässend; aus den Ohren findet ein eitriger Ausfluss statt.

Die Hände sind œdematös, von confluirenden Pusteln

bedeckt. — Am Dorsum beider Füsse haben sich die anfangs stecknadelkopfgrossen Pusteln vergrössert und confluiren. Temp. 37.3 37.5

19. April. Temp. 38.3 39.3. Ord. Bad.

20. April. Die Anschwellung der Hände und Füsse nimmt zu; das Gesicht ist stark geröthet und gedunsen. Vom Halse hat der Ausschlag auf die Gesichtshaut übergegriffen; die Pusteln sind aber hier wie am Halse ohne gruppenförmige Anordnung, sondern ganz unregelmässig disseminirt, discret und nicht confluirend.

An den Händen sind durch Confluiren einander benachbarter Pusteln, so besonders über dem Metacarpophalangealgelenke sämmtlicher Finger pfenniggrosse mit Eiter gefüllte Vesikeln entstanden, welche die Epidermis abheben. Temp. 37 38.4.

21. April. Das Oedem der Hände und Füsse besteht fort; es findet an denselben eine starke Abschuppung statt, die Haut lösst sich in grossen Lamellen ab; darunter liegt neue hellrothe Epidermis.

Vereinzelte, hirsekorngrosse Pusteln sind im Gesichte aufgetreten; grössere, bis linsengross, auf der behaarten Kopfhaut. Temp. 37.3 38.1.

22. April. Die Schwellung und Röthung des Gesichts nimmt zu; die Augenlider sind stark œdematös und können kaum noch bewegt werden. Temp. 37.4 38.6.

23. April. Die Epidermis der Fusssohlen und der Flachhand hebt sich in grossen Stücken ab und hinterlässt eine zarte, hellrothe Epidermis, unter welcher bereits kleine Pusteln in geringer Zahl und unregelmässig vertheilt, zu sehen sind.

Hals und Gesicht sind von dichtgedrängten confluirenden und feuchten Borken bedeckt. Aus den Augen findet ein purulenter Ausfluss statt; die Conjunctiva palpebrarum ist stark geröthet, zeigt aber keine Pusteln; Keratitis ist nicht vorhanden. Temp. 37.8 39.3.

24. April. In dem Zustande der Patientin ist keine wesentliche Veränderung. Die Abschuppung an den Händen und Füssen ist beendet; nach Abfallen der Krusten und der alten Hornschicht ist die Epidermis neu ersetzt, hellrothgefärbt und zeigt hie und da unregelmässig vertheilte, discrete neue Pusteln, hirse- bis hanfkorngross. Temp. 38 39.7.

25. April. Die Borken am Rumpfe fallen ebenfalls zum grossen Theile ab; es erscheint unter ihnen entweder neue rothe Epidermis oder noch einige excoriirte nässende Stellen.

Die Ohrmuscheln, die Oeffnung des äusseren Ohres sind von feuchten Borken und Eiter bedeckt. Temp. 38.6 40.2 (trotz 3×0,25 Antifebrin).

26. April. Wie es das starke gestrige Fieber erwarten liess, ist ein neuer Schub eingetreten. Unter der neu ersetzten Epidermis der Hände, besonders an der Vola sind hanfkorngrosse disseminirte Pusteln bemerkbar. Die Patientin gibt an beim Entstehen derselben dasselbe Gefühl von Brennen und unerträglichem Jucken empfunden zu haben, wie im Anfange der Affection.

Gestern gegen Abend hatte sie einen Frostanfall. Temp. 38.5 38.9.

27. April. An den Händen sind unter den gestern entstandenen neue kleine Pusteln aufgeschossen; ebenfalls neue Efflorescenzen an den Fingerspitzen und dem Fussrücken. Temp. 38.3 39.1

28. April. Temp. 37.2 38.5.

29. April. Der ganze Rumpf ist von neuer sich trocken anfühlender Epidermis bedeckt; es sind nur noch einige wenige Borken und Schuppen zu sehen, welche sich leicht lösen.

Das Oedem der Hände und Füsse hat bedeutend abgenommen.

An den Fussohlen, besonders unter den Zehen beider Füsse treten neue discrete, hanfkorngrosse Pusteln auf.

Die Ober- und Vorderarme, die Oberschenkel sind mit neuer Epidermis versehen, nur wenige Stellen sind noch mit kleinen gelbgrünen Borken bedeckt.

An den Unterschenkeln über den Cristæ ist die Oberfläche nässend und eitrig.

Die Schwellung des Gesichtes und der Augenlider hat vollständig nachgelassen. Die Entzündung der Conjunctiva ist verschwunden, ebenso der eitrige Ausfluss aus den Augen. Das Gesicht ist von neuer, aber nicht wie an den andern Körperstellen rother, sondern weisser Epidermis überzogen. Hinter den Ohrlappen ist noch eine eitrige nässende Hautfläche. Das Hinterhaupt und die ganze behaarte Kopfhaut ist von gelbgrünen trocknen Borken bedeckt. Temp. 37.1 39.1.

Vom 30. April bis zum 2. Mai trat keine neue Eruption auf; die Patientin war fieberfrei.

Am 3. Mai ist die abendliche Temperatur 39.7 und am 4. Mai werden neue Efflorescenzen auf den Zehen des linken Fusses constatirt; auf jeder Zehe sind vier bis fünf gelbweisse hanfkorngrosse Pusteln zu finden, deren Entstehen die Patientin an dem Gefühl von Brennen und Jucken bemerkt haben will. Temp. 38.3 38.2

5. Mai. Die Pusteln an den Zehen des linken Fusses haben sich vergrössert und confluiren zum Theil.

Die Eiterung hinter den Ohrlappen und am ganzen Hinterhaupt ist heute sehr stark.

Ueber den Cristæ an beiden Unterschenkeln ist noch immer eine epidermislose, eiternde und nässende Fläche. Temp. 36.9 38.4.

Vom 6. bis zum 8. Mai schwankte die Temperatur zwischen 37.0 Morgens bis 38.0 Abends.

9. Mai. Die noch übrig bleibenden Borken und Schuppen auf der ganzen Körperfläche sind im Abfallen begriffen. Auf der Vorderseite der Unterschenkel ist die Epidermis fast vollständig regenerirt, nur wenige kleine Stellen sind noch nässend.

Die Nägel der Zehen sind ausserordentlich weich und gelockert.

Der behaarte Kopf und die Ohren sind von grünen feuchten Borken bedeckt, welche einen üblen Geruch verbreiten. Temp. 36.4 37.1

Vom 10. bis zum 13. Mai war der Zustand der Patientin, abgesehen von der zunehmenden Magerkeit und Schwäche, nahezu derselbe. Die abendliche Temperatur überschritt nicht 38°.

14. Mai. Nachdem die Patientin heute ein Bad erhalten, sind fast sämmtliche Borken an der Körperoberfläche abgefallen. Die Haut, welche rauh, trocken und runzlig war, ist etwas geschmeidiger geworden. Temp. 36.3 38.1

15. Mai In der Nacht empfand die Kranke Brennen und starken Pruritus an beiden Unterschenkeln. Auf der Vorderseite derselben unter der neuen Epidermis werden eine grosse Anzahl discreter oder confluirender hirse- bis hanfkorngrosser Pusteln constatirt. Temp. 36.5 38.3

16. Mai. Die Patientin erhielt heute ein Bad, wonach die Pusteln an den Unterschenkeln platzten und vertrockneten. Temp. 36.2 38.5.

17. Mai. Temp. 36.4 38.7. Ord. Bad.

18. Mai. Neue discrete, zu kleinen Haufen von drei bis vier angeordnete Pusteln sind auf der Dorsalseite der Zehen des linken Fusses entstanden. Temp. 37.4 38.9

19. Mai. Die Efflorescenzen an der Vorderseite beider Unterschenkel sind vertrocknet, und um die Krusten herum entstehen in der Peripherie neue kleine kreisförmig angeordnete Pusteln, so dass die ganze Vorderfläche der Unterschenkel von den Knien bis zum Fussrücken von Borken und Pusteln besetzt ist. Temp. 36.7 37.4.

20. Mai. Temp. 36.4 38.8. Ord. Bad.

21. Mai. In der Nacht hat die Patientin starkes Brennen im rechten Unterschenkel empfunden; am Morgen zeigen sich um die älteren Krusten und Efflorescenzen

eine grosse Anzahl disseminirter hanfkorngrosser Pusteln an der Vorder- und Innenfläche des rechten Unterschenkels. Temp. 37. 37.7. Ord. Bad.

22. Mai. Die Epidermis der Unterschenkel ist macerirt und zum Theil in eine breiige übelriechende Masse verwandelt; es findet starke Eiterung statt.

An mehreren pfenniggrossen excoriirten Stellen ist es zur Blutung gekommen, wonach sich braune Krusten gebildet haben.

Die Stühle waren seit der Entbindung normal (1—2 am Tage); heute ist bei der Patientin Diarrhoe eingetreten. Temp. 36 37.7.

23. Mai. Die Pusteln an den Unterschenkeln haben sich vergrössert, viele confluiren; sie stehen dichtgedrängt, Pustel an Pustel auf dem ganzen Unterschenkel mit Ausnahme an einigen excoriirten Stellen.

Neue Efflorescenzen, kaum stecknadelkopfgross sind beiderseits unterhalb der Patella entstanden; sie stehen in mehreren kleinen Gruppen von vier bis fünf Pusteln auf diffus gerötheter Basis.

Nach Abwaschen des Kopfes im Bade haben sich die meisten Borken entfernen lassen; die Haare sind büschelweise ausgefallen. Temp. 36.5 38.7.

24. Mai. Die Entzündung der Haut an den erwähnten Stellen unterhalb der Patella hat sich weiterverbreitet als diffuse Röthung bis oberhalb der Kniee und in den Poplitealgruben. Neue Gruppen miliarer Pusteln mit deutlicher circinnärer Anordnung sind ca. zwei Finger breit oberhalb der Kniee und in den Poplitealgruben entstanden.

Am rechten Oberarm in der Gegend der Insertion des Deltoïdeus ist auf einer gerötheten Plaque von der Grösse eines Zweimarkstückes ein Haufen kleiner Pusteln zu sehen.

Die Patientin klagt über übermässige Hitze und vieles Schwitzen. Temp. 37.1 38.3. Ord. Atropin (Pillen).

25. Mai. In der Kniegegend beiderseits und am rechten Oberarme haben sich die Pusteln vergrössert, viele confluiren. Die mittleren in den Gruppen sind vertrocknet, und peripheriewärts um die schon bestehenden Pustelhaufen entstehen neue Bläschen mit eitrigem Inhalt.

Die Diarrhœ dauert fort; die Patientin hatte vier Stühle. Temp. 37.3. 37.8.

26. Mai. Die Patientin fühlt sich heute sehr schwach; sie hat noch starken Durchfall und klagt über Appetitlosigkeit und Schmerzen in den Gelenken, besonders in den Knieen. (5 Stühle). Temp. 36.2 36.9. Ord. Opium-Bism. subn.

27. Mai. Ueber beiden Knieen, in der Gegend des Condyl. int. fem. beiderseits und in den Kniebeugen entstehen zahlreiche neue kaum hirsekorngrosse Pustelchen.

Die Diarrhœ hat aufgehört. Temp. 37. 338.1.

28. Mai. Von den Knieen aus hat sich die Röthung der Haut hinaufverbreitet und hat besonders die Innenseite der Oberschenkel ergriffen. Es sind dort mehrere Plaques zu sehen, auf denen fast kreisrunde Gruppen von hirsekorngrossen Pusteln stehen.

An beiden Armen über den Ellenbogen zeigen sich disseminirte miliare Pusteln.

Temp. 37 39.6. Ord. Ferr. lact. 0,25. 2 Pulv. täglich.

29. Mai. Die Patientin fühlt sich heute sehr matt, sie ist auch geistig deprimirt.

In der Nacht hat eine Eruption von Pusteln über dem ganzen Körper stattgefunden. Es sind meist ordnungslos vertheilte, nur hie und da zu den charakteristischen Haufen gruppirte Pusteln, welche auf rothem etwas erhabenem Grunde sitzen. Am ausgeprägtesten und zahlreichsten sind die Pustelgruppen in der Ellenbeuge, der Achselhöhle, auf den Schultern und in der Kniebeuge zu finden.

Die Oberarme sind wie besäet von zahlreichen stecknadelgrossen Pusteln, ebenso die Innenseite der Ober-

schenkel und der Rücken. Disseminirte Pusteln sind auch an den Fingern, an sämmtlichen Zehen und im Gesichte auf beiden Wangen zu sehen.

Auf dem Sternum zwischen beiden Brüsten findet sich eine thalergrosse geröthete Plaque, auf welcher hanfkorngrosse Pusteln sitzen. Temp. 37.1 39.1.

30. Mai. Temp. 37.7 38.4.

31. Mai. An den Knieen, dem Rücken und den Schultern vertrocknen die Pusteln zu dünnen gelbgrünen Borken.

An der Planta beider Füsse findet sich eine grosse Anzahl disseminirter miliarer Pusteln, welche bei ihrem Auftreten in der Nacht, der Patientin heftigen Pruritus erzeugten. Temp. 37.1 38.

1. Juni. Unter der harten Epidermis der Planta beider Füsse sind theils neue Pusteln entstanden, theils haben sich die alten vergrössert und verursachen der Patientin ein unangenehmes Gefühl von Spannung.

Die Unterschenkel sind fast vollständig mit neuer trockner Epidermis versehen; es sind nur noch wenige erbsengrosse Pusteln, isolirt oder confluirend anzutreffen.

An den Ellenbogen, Ellen- und Kniebeugen finden sich dicke mehrschichtige Borken, welche die Bewegung in diesen Gelenken sehr beschränken.

Neue Efflorescenzen treten über den Vorderarmen zerstreut auf, auch über den Händen am Dorsum und an der Vola.

Auf der Brust sind die Pusteln am Sternum vertrocknet; neue wenige sind über dem ganzen Brustkorb zerstreut aufgetreten.

Der Rücken ist von zahlreichen Borken und einer grossen Anzahl neuer Efflorescenzen bedeckt, welche hier vollkommen das typische Auftreten zeigen: fast kreisrunde Gruppen und Haufen von Pusteln auf gerötheter Basis. Temp. 38—39.6, 39.2, 37.3. (Antifebrin).

2. Juni. Am Halse zeigen sich disseminirte miliare

Pusteln, auch hie und da kleine Pustelhaufen; auf der Brust, besonders über beiden Mammae finden sich ebenfalls zahlreiche unregelmässig zerstreute hanfkorngrosse Pusteln.

An beiden Vorderarmen und an den Händen findet sich eine grosse Anzahl disseminirter stecknadelkopfgrosser Pusteln. Temp. 37.6 38.8.

3. Juni. Die Pusteln an sämmtlichen Körpertheilen haben sich vergrössert. An der Flachhand und an der Fusssohle sind durch Confluenz einander benachbarter Efflorescenzen breite eiterenthaltende Blasen entstanden, welche die Epidermis um einige Linien über dem Niveau der Haut emporheben.

Der Allgemeinzustand der Patientin ist schlecht; sie wird in Folge des fast beständigen Fiebers von Tag zu Tag schwächer. Temp. 37.8 39.3.

4. Juni. Es werden mehrere hirsekorngrosse Pusteln auf der Zungenspitze und an den Zungenrändern bemerkt; sonst sind auf der Mundschleimhaut keine Efflorescenzen zu sehen. Temp. 37 39.4·

5. Juni. Während der Nacht hat eine neue Eruption disseminirter hanfkorngrosser Pusteln am ganzen Körper stattgefunden, besonders an den Händen, den Vorderarmen, der vorderen Brustfläche und der Innenseite der Oberschenkel.

Die Oberarme sind fast vollständig von Krusten bedeckt, welche bereits im Abfallen begriffen sind. Ebenso bildet die ganze Oberfläche der Unterschenkel und die hintere Fläche der Oberschenkel so zu sagen nur eine Kruste. Temp. 38.2 39.7.

6. Juni. Einige discrete fast hanfkorngrosse Pusteln sind an den grossen Labien zu sehen, am Uebergang von der äusseren Haut in die Schleimhaut.

Die Epidermis in den Inguinalfalten ist matsch, macerirt und bietet eine stark eiternde Fläche dar.
Temp. 37.6 38.8.

7. Juni. Temp. 38.1 39.3.

8. Juni. Die Haut der Wangen ist stark geröthet und zeigt einige disseminirte eitrige Bläschen.

Am Kinn sind mehrere pfenniggrosse Plaques, auf denen kleine Gruppen miliarer Pusteln sitzen. Temp. 37.2 39.4.

9. Juni. Es hat sich eine starke Schwellung und Röthung des Gesichts über Nacht eingestellt. Aus den Augen findet wieder ein eitriger Ausfluss statt, ohne dass auf der Conjunctiva palpebr. Pusteln zu constatiren wären.

An den Extremitäten lassen sich die Borken nach Oeleinreibung abheben und hinterlassen eine neue hellrothe Epidermis, welche nur von seltenen discreten Pusteln besetzt ist, besonders an der Fusssohle und der Dorsalseite der Zehen. Nur an den Gelenken bleiben noch fest adhärente Krusten. Temp. 38.4 39.7.

10. Juni. Der Allgemeinzustand der Patientin verschlimmert sich. Neben der geistigen Depression bestehen als subjective Beschwerden: grosse Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Cephalagie und ein lästiger Pruritus an den befallenen Hautstellen. Symptome seitens der inneren Organe haben, mit Ausnahme mässiger Diarrhœn, zuweilen abwechselnd mit Obstipation, sich nicht eingestellt. Heute hatte auch die Patientin einen blutigen Stuhl.

Seit mehreren Tagen ist das abendliche Fieber von Frostanfällen begleitet. Temp. 37.1 39.4.

11. Juni. Die Kranke hat einen neuen blutigen Stuhl gehabt. Temp. 37.4 37.1 Ord. Bad.

12. Juni. Der Zustand der Patientin ist heute ein besserer: sie gibt an, durch das gestrige Bad Erleichterung empfunden zu haben, der Pruritus und das Gefühl von Spannung der Haut sind verschwunden.

Ein grosser Theil der Borken an der Körperfläche hat sich abgelöst.

Die Schwellung und Röthung des Gesichts, die Conjunctivitis bestehen fort. Temp. 35.3 38.6.

13. Juni. Eruption hanfkorngrosser disseminirter Pusteln vorn an den Unterschenkeln. Temp. 38.2 38.9.

14. Juni. Der Urin zeigt heute zum ersten Male kleine Mengen Eiweiss; er reagirt sauer, und enthält wenige Phosphate und Eiterkörperchen. Temp. 36.7 38.4 Ord. Bad.

15. Juni. Neue miliare Pusteln sind an sämmtlichen Fingern in grosser Anzahl zu sehen; mehrere hanfkorngrosse finden sich in der Vola der Hände und über den Cristae beider Unterschenkel.

Die Haut der Arme und Beine ist rauh und trocken, geröthet und heiss anzufühlen. Am Rumpf und am Gesicht ist sie fast normal weiss; an wenigen Stellen des Rumpfes, besonders vorne auf der Brust sieht man kleine geröthete Plaques mit Gruppen miliarer Pusteln.

Der Harn enthält Spuren von Eiweiss.

Temp. 38 39.9 38.3 (nach 1,0 Antipyrin).

17. Juni. Im Harne sind noch kleine Mengen Eiweiss.

18. Juni. Hände und Finger zeigen auf der Dorsal- und Volarseite eine grosse Anzahl erbsengrosser Pusteln, theils discret, theils confluirend. Temp. 37.7 39.6 38.4 (Antipyrin).

19. Juni. Die Patientin hatte gestern gegen Abend Frostanfälle wie bei einer nahenden Eruption, dennoch sind nirgends neue Efflorescenzen zu entdecken. Im Laufe der Nacht hatte sie aber zwei blutige Stühle.

Die Pusteln an den Händen sind vertrocknet, und überall am Körper, wo noch Borken zurückgeblieben sind, sind sie im Abfallen begriffen. Temp. 35.8 37.8

21. Juni. Neue wenige Pusteln sind an der Planta beider Füsse und unter jeder Zehe aufgeschossen. Die Epidermis zwischen den Zehen ist macerirt und bildet eine eitrige übelriechende Masse.

Während des Tages hatte die Patientin vier blutige Stühle.

Von jetzt ab besserte sich der Zustand der Frau

von Tag zu Tag. Es fand keine neue Eruption mehr statt, und die Abstossung der noch übrigbleibenden Borken ging weiter vor sich. Am 23. Juni hatte die Kranke noch einen blutigen Stuhl und fieberte an diesem Abend. (39.5). Am 24. Juni verliess sie das Spital, zwar nicht vollständig geheilt, aber auf ihren dringenden Wunsch. Gegen die Mitte Juli war sie von ihrer Krankheit genesen; die Kräfte waren wiedergekehrt, der Allgemeinzustand war ein guter. Die Haut am ganzen Körper war frei von Eruption, war wieder weiss und geschmeidig und zeigte keine Spuren mehr der durchgemachten Affection. (Das Kind starb schon am 14. Tage nach der Geburt; es war einer andern Wöchnerin übergeben worden, da die Mutter wegen Mangel an Milch nicht stillen konnte. Mit Ausnahme eines grossen Furunkels in der Gegend der kleinen Fontanelle waren bei ihm keine Erscheinungen auf der äusseren Haut zu constatiren. Bei der Section fand sich nur ein Darmcatarrh vor).

Das Wochenbett bei unserer Patientin war ein ganz normales; die Involution des Uterus ging gut vor sich, der Leib war nie schmerzhaft, die Lochien hatten das gewöhnliche Aussehen; kurz, man darf mit Bestimmtheit annehmen, dass puerperale Processe nie vorhanden gewesen sind.

Der Urin ist täglich untersucht worden: er war immer dunkelroth gefärbt, reagirte sauer und enthielt etwas Eiter, Schleim und geringe Mengen Phosphate, aber niemals Eiweiss mit Ausnahme an den drei genannten Tagen gegen Ende der Affection.

Der Pustelinhalt reagirte alkalisch; dieselbe Form von Coccen war in demselben sowie im Blute jederzeit nachweisbar.

Die Prüfung der Hautsensibilität hat nie etwas Abnormes ergeben. Die Reflexe waren normal.

Die Diagnose «Impetigo herpetiformis» war für diesen Fall eine richtige, denn die Symptome, überhaupt das

ganze Bild der Affection entsprach vollständig der von Hebra gegebenen Definition:

1) Das Auftreten miliarer oder hanfkorngrosser Efflorescenzen mit von vornherein eitrigem Inhalt; die Tendenz dieser Efflorescenzen zur Gruppenbildung, ihr Vertrocknen zu grünlichen Borken und das periphere Weiterschreiten von den befallenen Stellen aus. 2) die Heilung der erkrankten Hautstellen ohne Ulceration und Narbenbildung. 3) der von Hebra und den meisten Autoren fast immer beobachtete Beginn der Eruption an der Innenseite der Oberschenkel und dem Unterleib. 4) das Weiterschreiten der Eruption in Schüben, denen jedesmal Fieber (cf. die Temperaturangaben), zuweilen sogar Schüttelfröste vorangingen.

Ein zur Diagnose verhelfender Umstand, war auch der, dass die Patientin eine Schwangere war.

II. Historisches.

Die Impetigo herpetiformis ist 1872 von Hebra [1] zuerst beschrieben und in ihren Symptomen präcis geschildert worden. Hebra gehört das Verdienst diese Affection von andern ähnlichen differenzirt und die Diagnose derselben erleichtert zu haben. Bei seiner Beschreibung der Krankheit stützt er sich auf fünf Fälle, welche ihm bis zum genannten Jahre zur Beobachtung gekommen waren.

Von vielen in- und ausländischen Autoren ist die Impetigo herpetiformis vor und nach der Beschreibung durch Hebra beobachtet, aber fast von einem jeden mit einem andern Namen belegt, zum Theil auch mit Herpes und Pemphigus verwechselt worden.

So war 1867 ein Fall von Impet. herpet. von Bärensprung beobachtet worden, den er in seinem Atlas ab-

[1] Wiener med. Wochenschrift 1872.

gebildet hat und als eine seltene Form von Herpes circinnatus ansieht.

Zwei Jahre später (1869) beschrieb Auspitz zwei Fälle unter dem Namen «Herpes vegetans», welche nichts anders sind als etwas abweichende Formen der Impetigo herpetiformis.

Im Jahre 1873 schlug Neumann, indem er sich durch die äussere Aehnlichkeit der Affection mit Herpes dazu bestimmen liess, den Namen «Herpes pyämicus»' vor, obgleich von den bis dahin in Deutschland beobachteten Fällen nur ein einziger puerperale Processe bei der Section aufgewiesen hatte, und somit kein Anhaltspunkt gegeben war, das aetiologische Moment in Septicämie oder Pyämie zu suchen. Diese Bezeichnung liess aber Neumann in der Folgezeit fallen; in seinem Atlas der Hautkrankheiten (1886) gibt er eine sehr deutliche Abbildung eines Falles nebst einer kurzen Abhandlung unter dem Titel «Impetigo herpetiformis».

Dr. Fr. Schwarz berichtete 1886 über einen Fall von Impetigo herpetiformis, bei welchem die Patientin eine nicht gravide Frau war.

Endlich sind aus der deutschen Litteratur noch zwei Fälle zu erwähnen, welche sogar an Männern beobachtet wurden, und durch welche, falls die Diagnose eine richtige war, die bis dahin angenommene Aetiologie der Krankheit, nämlich Functionsstörungen im weiblichen Genitalapparate, umgestossen wird.

Es ist dies ein aus der Klinik Gebers in Klausenburg durch Pataky mitgetheilter Fall; und ein Fall aus der Wiener Klinik, den Kaposi in der Jahresschrift für Dermatologie (1887) ausführlich beschreibt. Bei beiden waren die Patienten junge Männer.

Den französischen Autoren und Geburtshelfern scheint die Impet. herp. Hebra's als selbständige Krankheitsform nicht bekannt zu sein, sondern als eine Unterart der

einen oder der andern ähnlichen Krankheitsform angesehen zu werden. Bei den älteren sowohl wie bei den neueren Autoren findet man Fälle angeführt, welche zwar Aehnlichkeit mit der Imp. herp. haben, sich jedoch durch wesentliche Merkmale von ihr unterscheiden. Das Hydroa bullosum von Bazin, der Pemphigus pruriginosus von Hardy und Chausit, der Pemphigus circinnatus von Rayer, sind alles wohl ähnliche Dermatosen, können aber nicht als identisch mit der Impertigo herpetiformis Hebra's angesehen werden.

Die französischen Autoren, welche der Impet. herpet. besondere Erwähnung gethan haben, sind, soweit mir bekannt, Charpentier, Tarnier und Besnier. (Leçons sur les maladies de la peau, par Kaposi. Traduction. — Legendre, Thèse de Paris.) Besnier erkennt zwar die Impetigo herpetiformis Hebra's als selbständige Affection an, verwirft aber den ihr von Hebra gegebenen Namen, weil, wie er sagt, die Bezeichnung Impetigo nach Auffassung der französischen Schule zu einer solchen «Dermatitis pustulosa et circinnata» nicht passt und weil ferner die Bezeichnung herpetiformis nur einer Affection gegeben werden kann mit wirklicher Herpesform, d. h. dem Typus Herpes gleichend.

Von den andern ausländischen Autoren haben hauptsächlich die Engländer und Amerikaner Fälle von Impetigo herpetiformis beschrieben; die meisten allerdings unter einem andern Namen: Wilson [1] hat sie zuerst erwähnt unter dem Namen Herpes circinnatus bullosus; Milton [2], Dunkan Bulklay [3], Living [4] haben sie als eine seltene der Schwangerschaft eigene Affection beschrieben, welche sie als eine Art von Herpes ansahen, wesshalb sie ihr die Bezeichnung Herpes gestationis gaben.

---

1. Lehrbuch der Hautkr. London 1867.
2. Path. und Therap. der Hautkr. London 1872.
3. American. Journal of obstetric. Februar 1874.
4. The Lancet 1878. p. 783.

Im Jahre 1878 beschrieb Heitzmann [1] einen Fall von Impetigo herpetiformis, den er in New-York beobachtete.

Unter den neueren dieser ausländischen Autoren ist es Hyde [2] allein, welcher eine Beschreibung der Impet. herpetiformis in dem Sinne Hebra's gegeben hat.

Eine gewisse Verwirrung wurde nun in die Lehre der Impetigo herpetiformis Hebra's gebracht, seitdem Dühring im Jahre 1884 eine neue Form von Hautkrankheit aufstellte unter dem Namen Dermatitis herpetiformis.

Er stellt diese Affection hin als eine seltene Hauterkrankung, deren er nur fünfzehn Fälle sammeln konnte, und welche das Eigenthümliche darbietet, dass sie unter verschiedenen Formen auftreten und in dem einen oder dem andern Falle Aehnlichkeit mit andern wohlbekannten Affectionen, so Herpes, Eczema und Pemphigus haben kann. Er unterscheidet fünf Formen dieser Dermatitis, welche entweder einzeln oder zu mehreren zugleich bei einem und demselben Kranken vorhanden sein können, so dass die Eruption eine polymorphe ist:

1) Eine erythematöse Form mit erythematösen Plaques gleich den bei Urticaria oder Erythema multiforme.

2) Eine vesiculöse, mit mehr oder weniger gruppirten Bläschen wie beim Herpes.

3) Eine bullöse, charakterisirt durch Blasen verschiedener Grösse, welche leicht mit Pemphigus verwechselt werden kann.

4) Eine papulöse, vesico-papulöse und multiforme, ausgezeichnet durch Papeln, Vesico-Papeln und circumscripte Infiltrationen.

5) Eine pustulöse Form, mit platten oder zugespitzten weissgelblichen Pusteln, welche auf einer entzündeten Basis aufsitzen. Diese Pusteln haben die Neigung sich von den Rändern aus auszubreiten, während in der Mitte

---

1. Archiv of Dermatol. 1878
2. Treatise on Diseases of the Skin Philadelphia 1883.

sich eine Kruste bildet. Man findet eine inflammatorische Areola und eine eigenartige Gruppirung der Efflorescenzen: Centralpusteln umgeben von einem Kreise von Pusteln wie bei Herpes iris; dies ist aber nicht constant.

Diese letzte Form der Dermatitis herpetiformis, sagt Dühring, ist die Impet. herpet. Hebra's, die andern Formen decken sich mit dem Herpes circin. bullosus, Pemphigus pruriginosus, Pemphigus circinnatus, Herpes gestationis, Herpes phlyctænodes und den abweichend verlaufenden Formen von Herpes Iris der andern Autoren. [1]

Es ist evident, dass Dühring unter den Begriff seiner Dermatitis herpetiformis eine Reihe verschiedener Affectionen zusammenwirft. Schon in demselben Jahre, als er die eben erwähnten Ansichten aufstellte, hat Besnier Widerspruch eingelegt und bemerkt, dass der Dermatitis herpetiformis Dührings jede charakteristischen Merkmale abgingen, und dass man unmöglich die wohlcharakterisirte Impetigo herpet. Hebra's als eine Form einer nach den jetzigen Begriffen noch so obscuren Dermatose ansehen könne. [2]

Nur einen Punkt will ich hier berühren, welcher zeigen soll, dass die pustulöse Form der Dermatitis herpetiformis Dührings, welche ja allein in Betracht kommen könnte, mit der Impetigo herpet. Hebra's nicht identisch ist: Dühring berichtet über einen Fall, den er als den Typus der pustulösen Form seiner Dermatitis hinstellt. Die Patientin war eine 27jährige, beim Beginne der Affection nicht gravide Frau. Im Jahre 1877 trat bei ihr eine Eruption von kleinen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten, zu Haufen gruppirten Bläschen von unregelmässiger Form und Grösse, welche an den Armen beginnend bald die verschiedenen Körpertheile ergriff. Es traten Remissionen ein, welche von neuen Eruptionen gefolgt waren. So zog

1. Dühring medical News. Nov. 1884.
2. Annales de Dermatologie 1884-85.

sich die Affection ein Jahr lang hin. 1878 nahmen die Efflorescenzen den Charakter von Pusteln an; nach einiger Zeit war die Eruption vesiculös und pustulös zugleich, dann wurde sie wieder rein pustulös und blieb es bis zur definitiven Heilung, welche erst 1883 erfolgte.

Die Patientin gebar, und auffallender Weise zeigte die Dermatitis eine wesentliche Besserung während der Schwangerschaft. Diese Thatsache widerspricht schon allein entschieden den Charakteren der Impetigo herpetiformis von Hebra und Kaposi. Somit kann dieser Fall nicht für Impetigo herp. erklärt werden, selbst wenn davon abgesehen wird, dass die Eruption nicht von Anfang an und in ihrer ganzen Dauer rein pustulös war, was zu den unbedingt nothwendigen Symptomen der Impetigo herp. Hebra's gehört.

Kurz, es ist wahrscheinlich, dass es sich bei den Fällen von Dermatitis herp. Duhring's um Ezzema, Ecthyma oder Pemphigus handelt, je nachdem die Hautläsionen vesiculös, pustulös oder bullös sind.

III. Fälle aus der Litteratur.

I. Fälle von Auspitz.[1] Diese betrafen beide schwangere Frauen.

Fall 1. (Privatkranke Auspitz.) Patientin, 28 Jahre alt, litt an Psoriasis palmaris rhagadiformis. Eine andere Form von Syphilissymptomen konnte nicht gefunden werden; von einer Primäraffection wusste die Kranke nichts. Die Gravidität wurde durch die Syphilis nicht gestört (die Frau war seit zwei Monaten schwanger). Im letzten Schwangerschaftsmonate begann die uns beschäftigende Affection durch eine helle Röthe auf der Haut

1. Archiv für Dermat. u. Syphilis 1869 p. 246.

des Bauches, aus welcher bald eine nässende, hie und da mit Bläschen besetzte, juckende und brennende Fläche sich herausbildete. Die Bläschen traten in Gruppen auf, wurden zu Pusteln, und dichtgedrängt und mit Borken bedeckt, machten sie den Eindruck einer «fleischwärzchenartigen Wucherung». Mittlerweile trat Fieber ein, die Kindesbewegungen waren nicht mehr zu fühlen. Die Kranke collabirte und starb an Lungenoedem. Die Section wurde nicht gemacht.

Fall 2. (Einer von den fünf von Hebra beobachteten Fällen).

Patientin 28 Jahre alt, im sechsten Schwangerschaftsmonate. — Die Eruption bestand in erythematösen röthlichen Stellen, auf welchen sich Bläschen und Pusteln verschiedener Grösse, diseminirt oder kreisförmig angeordnet, hie und da mit Borken bedeckt, sich entwickelten. Die Affection begann am linken Oberarm, dem rechten Hypochondrium und dem Unterleibe. In beiden Inguinalgegenden waren thalergrosse excoriirte, mit gelbgrünen Borken bedeckte Stellen. Die Eruption ergriff bald die oberen und die unteren Gliedmassen. Es bestand ein Gefühl von Brennen und Jucken und Erhöhung der Hauttemperatur. — Einige der Plaques nahmen, nachdem sie eine nässende excoriirte Fläche dargeboten hatten, ein papillomatöses Aussehen an. — Die Eruption von Efflorescenzen ging in der Weise vor sich, dass sich am Rande der ursprünglichen Plaques und Pustelgruppen, neue Efflorescenzen im Kreise entwickelten, nachdem die ersteren vertrocknet waren.

Die Kranke gebar am 15. Tage nach Beginn der Eruption ein todtes Kind, welches keine Spur von Hautausschlag zeigte. Eine Woche darauf starb sie unter schweren Symptomen von Diarrhœ, Delirien und Collaps.

Die Section ergab: Endometritis, Oophoritis, Metrosalpingitis, Peritonitis.

Im Anschluss an diese beiden Fälle macht nun Auspitz auf folgende Punkte als wesentliche Merkmale aufmerksam:

1) Das Auftreten von Pusteln und Bläschen in Gruppen mit Infiltration der dazwischen liegenden Haut.

2) Die Entwicklung des Ausschlages an zwei Schwangeren.

3) Die Wucherung der excoriirten Stellen zu condylomartigen Gebilden!

4) Der Umstand, dass die eine der Kranken an Syphilis gelitten hat!

II. Fall von Geber [1] (ebenfalls einer von den fünf Fällen Hebra's).

Patientin, 25 Jahre alt, hat vor zwei Jahren ein Kind geboren, welches nach vier Monaten starb. Gegenwärtig ist sie im neunten Schwangerschaftsmonate.

Die Hautaffection begann vor drei Monaten mit einer hauptsächlich über den Stamm verbreiteten Röthe und griesförmigen Bläscheneruption, die an einzelnen Stellen zu nässen begann. Das Exanthem entwickelte sich alsdann zunächst auf den Händen und in den Gelenkbeugen, und bald darauf über der ganzen Körperfläche. Ueberall fanden sich disseminirte miliare bis hanfkorngrosse auf rother Unterlage oder auf weiter nicht gerötheten Haut, gelblichweisse mit gelblicher undurchsichtiger Flüssigkeit erfüllte Bläschen. Zwei, drei oder mehr solcher Bläschen traten an einzelnen Stellen zu Gruppen und zu Häufchen von Linsengrösse zusammen.

Die mittleren Bläschen vertrockneten zu braunen Borken, welche von einem aus der Confluenz der Eiterbläschen gebildeten Ringe umgeben waren; oder die Bläschen in der Peripherie confluirten nicht, blieben discret und bildeten einen Kranz. Auf diese Art vergrösserten sich die kleinen Gruppen peripheriewärts zu kreuzer- bis

---

1. Archiv für Dermat. u. Syphilis 1873 p. 169.

thaler- und flachhandgrossen runden oder ovalen Plaques, deren Centrum von gelbgrünen Borken, deren Peripherie von einem oder mehreren, aus perlschnurartig angereihten Eiterbläschen zusammengesetzten Kreisen gebildet war.

Die grössten dieser Plaques fanden sich auf beiden Mammis, an beiden Schenkeln und Leistenbeugen; in der Tiefe der Schenkelfalte war statt der Borken eine feuchte, gelbe, breiige und übelriechende Masse abgelagert. Aehnliche Plaques mit breiigem Detritus fanden sich in den Ellenbeugen, am Halse und an den Kniekehlen. Sonst über Stamm und Extremitäten zerstreut fanden sich alle Formen von stecknadelkopfgrossen Eiterbläschen bis zu kreuzer- oder thalergrossen Plaques. Auf der Zungenspitze und der unteren Zungenfläche waren linsen- bis pfenniggrosse, grauweisse, im Centrum deprimirte rothe Scheiben und Kreise; auf dem behaarten Kopfe zerstreute Krüstchen.

Die Krankheit verlief mit zeitweiligen Frost- und Fieberanfällen. Die Borken vertrockneten und fielen ab, nachdem sich unter ihnen junge Epidermis gebildet hatte; an den geröthet gewesenen Stellen stiess sich die Epidermis wie bei Pellagra ab. An einigen Stellen, so am Halse, blieb die Haut eine Zeit lang nässend. — In der dritten Woche nach der Entwicklung des Exanthems entstand bei der Patientin Diarrhœ, und unter Fiebererscheinungen stellten sich blutige Stühle ein. — Endlich stiessen sich die Borken sowie die epidermoïdalen Lamellen in grosser Menge ab, die Haare fielen büschelweise aus, und die Haut wurde allmählich wieder glatt und normal.

Die Patientin gebar am Ende des neunten Monates ein gesundes Kind. Das Wochenbett war normal, puerperale Processe traten nicht ein. Sie wurde geheilt entlassen, (soll aber nach Angabe H. Hebras mehrere Jahre darauf an einem Recidiv gestorben sein).

III. Fall von Heitzmann [1] (Uebersetzung). Patientin,

1. Archiv of Dermatol. 1873.

52 Jahre alt, nicht mehr menstruirt, litt an keiner Affection des Uterus oder Genitalien. Die Affection begann Juli 1876 mit Geschwüren im Munde, welche anfangs für syphilitisch gehalten wurden. Die erste Eruption verschwand, neue kamen wieder, und bald traten kleine Pusteln an andern Körperstellen auf, ein Eczema vortäuschend. — Die Schleimhaut der Unterlippe, des Gaumens, der Wange und der Zunge an den Seiten war besetzt von flachen Blasen, stecknadelkopf- bis markstückgross, zum Theil confluirend, zum Theil von einer graugelben Epithelschicht bedeckt, die, an einigen Stellen losgerissen, eine hellrothe, excoriirte und blutende Oberfläche zurückliess. — Das rechte äussere Ohr und die Haut des Halses war Sitz einer ähnlichen Eruption.

Die Haut in den Falten unter beiden Brüsten war excoriirt, ebenso in den Schenkelbeugen, zum Theil auch vernarbt oder dunkelroth infiltrirt, wie bei Eczema rubrum.

An vielen Stellen zeigten sich Gruppen von kleinen Pusteln, am besten sichtbar unter beiden Brustwarzen. — Es bestand im Anfang kein Fieber. — Die Eruptionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, der Zunge und dem harten Gaumen wiederholten sich; solche Eruptionen traten variirend am 3., 4. und 5. Tage ein und waren von jetzt an von Fieber begleitet. Neue Pusteln zeigten sich an den äusseren Genitalien und am Nabel.

Die Excoriationen am Körper heilten langsam durch die Anwendung von Zinksalbe, Diachylon und Theereinreibungen. Die geheilten Flächen waren rothbraun pigmentirt oder blass, mit verdickter Epidermalschicht umgeben.

Ende September waren fast alle Efflorescenzen am Körper geheilt. Mitte Oktober erschienen aber plötzlich viele Pemphigusblasen am Abdomen, am Rücken und an den Füssen. Es bestand Fieber, schwacher Puls, Schwäche, Erbrechen. Mitte November erschienen neue Pemphigusblasen über dem ganzen Körper. Die Schwäche der Patientin nahm zu, und Mitte Februar starb sie un-

ter den Erscheinungen von Hirnœdem. (Keine Autopsie). Heitzmann bemerkt: «Dieser Fall bietet Interesse, weil er eine nicht gravide Frau betraf und unabhängig von Genitalerkrankungen war. Die Diagnose Impet. herpet. war gerechtfertigt, wenigstens für eine gewisse Dauer der Affection; denn die Eruption zeigte die charakteristischen Gruppen und Kreise von Pusteln mit Bildung von Centralexcoriationen, Krusten- und Pustelbildung in der Peripherie. Die Impet. herpet. änderte nur ihren Charakter zu dem von Pemphigus; somit gibt der Fall volle Evidenz, dass beide Krankheiten aus wenigstens analogen, wenn nicht identischen Ursachen entstehen und als verwandt gelten müssen».

IV. Fall von Living [1] (Uebersetzung) Patientin 37 Jahre alt, kräftig. Während der letzten Monate einer recenten Schwangerschaft litt sie an starkem Pruritus und Neuralgien in den Gliedern, aber ohne Hautausschlag. Am dritten Tage nach der Entbindung zeigte sich eine starke Eruption von disseminirten festen Papeln und discreten Vesikeln.

Die letzteren wurden bald zu Bläschen verschiedener Grösse; die Mehrzahl derselben wurde so gross wie eine Erbse, einige wie ein Markstück und noch grösser. Sie zeigten sich auf den Händen, Armen und Beinen, besonders den Knieen, während eine geringe Anzahl über den Rest des Körpers zerstreut war. Die Bläschen hatten Tendenz, Gruppen zu bilden und waren alle discret. Das Jucken war unerträglich, weit stärker als beim gewöhnlichen Eczema; ausserdem hatte die Patientin Schmerzen in den Gliedern und Gelenken.

Der Ausbruch der Eruption war acut, liess aber stufenweise nach, so dass sie sich nach drei Wochen sehr verringert hatte. Ein Rückfall trat dann wieder ein mit frischer Eruption von Bläschen auf den Armen und

1. The Lancet 1878.

auf den Beinen, aber nicht am Rumpfe. Der Pruritus war unerträglich und raubte der Patientin den Schlaf.

Die Eruption machte Stillstand wie vorher; sieben Wochen nach der Entbindung war die Patientin frei von allen Symptomen ausser vom Pruritus und einer bedeutenden Verfärbung der Haut, die der Sitz der Eruption gewesen war. Die Haut war frei von eczematösen Abschuppungen. Während ihrer Krankheit ernährte die Patientin ihr Kind, welches vollkommen gesund war.

5. Fall von Schwarz[1]. Patientin, 46 Jahre alt, hatte zweimal geboren und war immer regelmässig menstruirt. Sie erkrankte im November 1885 an einer Entzündung der Mundschleimhaut, des Gaumens, der Wangen, der Lippen und der Zunge. Die Affection bestand in dem Auftreten gruppirter Pusteln. Das Exsudat über diesen Pusteln legte sich in Form von braungelben Borken in grosser Menge an den Lippen an; nach Entfernung dieser Borken erschien die Mucosa excoriirt und leicht blutend.

Mitte December trat unter Schüttelfrösten eine Eruption von gruppenweise angeordneten Pusteln auf der rechten Mamma auf. Bald darauf traten an andern Körperstellen ähnliche Eruptionen auf; einzelne der Efflorescenzen sassen auf hämorrhagischer Basis. Täglich fanden neue Eruptionen statt. Die Temperatur schwankte zwischen 39—40,5.

Ende December erschienen kleinere und grössere bis faustgrosse Pemphigusblasen mit eitrig-serösem Inhalte.

Im Harn war wenig Eiweiss, im Pustel- und Pemphigusinhalte fanden sich Mikrococcenhaufen.

Der Pemphigus ging unaufhaltsam vorwärts; am 30. December trat der Tod unter Inanitionserscheinungen ein.

6. Fall von Pataky[2]. Der Patient war ein 18 Jahre

1. Wiener med. Wochenschrift 1886.
2. Wiener med. Wochenschrift 1886.

alter Mann. Die Affection begann unter Initialsymptomen: Fieber, Abgeschlagenheit und stechenden Schmerzen in den Extremitäten mit einer Eruption von stecknadelkopfgrossen, in Gruppen und in Kreisform angeordneten Pusteln und hämorrhagischen Efflorescenzen am Stamme, den Exträmitäten und dem Gesichte. Die Efflorescenzen waren von einem hämorrhagischem Hofe umgeben. Die Pusteln vertrockneten zu dünnen Borken, nach deren Entfernung excoriirte Stellen zurückblieben.

Am siebenten Tage nach Beginn der Erkrankung hatte der Patient Abends einen Schüttelfrost, und am andern Morgen zeigten sich an den oberen Extremitäten Efflorescenzen in Form von rothen Flecken von der Grösse eines Stecknadelkopfes mit kaum erhabenem Centrum und blassrothem Hofe.

Die Affection dauerte acht Wochen und ging unter Schüttelfrösten schubweise vor sich. Im Verlauf der Krankheit traten heftige Gelenkschmerzen auf.

Gegen Ende des Processes kam es nicht mehr zur Pustelbildung, sondern zur Entwicklung von Efflorescenzen von der Form und dem Charakter der Erytheme.

Nach acht Wochen war der Patient geheilt.

7. Fall von Kaposi[1]. Der Patient war ein 20 Jahre alter Mann. Die Affection begann mit einer Röthung und geringer Schwellung der Haut in der Tiefe des Schenkelleistenbuges, welche sich nach der vorderen und inneren Schenkelfläche und nach der Crena ani ausbreitete. Die Haut war stellenweise nässend oder mit dünnen lamellösen Krusten bedeckt, gegen die gesunde Haut der Nachbarschaft sich durch einen fingerbreiten rothen Saum abgrenzend, auf welchem in mehrfachen Reihen und dichtgedrängt hirsekorn- bis stecknadelkopfgrossen Pusteln standen.

Die Haut des Scrotum und Penis war œdematös, geschwellt, geröthet und mit Pustelchen bedeckt.

1. Vierteljahresschrift für Dermat und Syph. 1887.

Die Eruption von Effloreseenzen griff bald auf die verschiedensten Körperstellen über, auf die vordere Bauchwand, den Thorax, die Schultern und Extremitäten, indem auf gerötheten Plaques sich Gruppen kreisförmig angeordneter Pusteln ausbildeten, welche die Neigung zeigten zu centraler Borkenbildung und peripherem Weiterschreiten. Auch disseminirte oder confluirende Pusteln waren zu finden. — Das Gesicht, der Rücken wurden schliesslich auch ergriffen.

Die nach Vertrocknung der Pusteln sich bildenden Borken und Schuppen fielen ab und hinterliessen excoriirte Stellen oder eine rothe, trockene Haut.

Die Affection dauerte einen Monat. Jeder neuen Eruption ging Fieber voraus. In dem späteren Stadium der Krankheit erschienen Erytheme und Urticaria auf der Haut; Störungen in der Hautinnervation, Abnahme der Sensibilität wurde constatirt.

Der Harn enthielt im Anfange geringe, später beträchtliche Mengen Eiweis.

Der Kranke, dessen Schwäche beständig zunahm, starb im Collaps.

Der Sectionsbefund lautete: Impetigo herpetiformis, Tuberculosis peritonei cum peritonitide purulenta, Ulcera impetiginosa œsophagi.

Ich habe diese Fälle angeführt, weil sie in der Litteratur alle für Fälle von Impetigo herpetiformis erklärt worden sind, muss aber sagen, dass einige von ihnen mehr oder weniger typisch sind, dass sogar bei dem einen oder dem andern an der Richtigkeit der Diagnose gezweifelt werden kann. Wenn man sie unter einander und mit dem unsrigen vergleicht, so sind als typische Fälle, d. h. zu der Beschreibung Hebra's passend, nur die zwei Fälle von Auspitz (diese schon als abweichende Formen) der Fall von Geber und der von Kaposi zu nennen.

Auspitz macht mit Recht auf das gruppenförmige Auftreten von Pusteln aufmerksam, auf die Entwicklung

der Eruption an Schwangeren. Was aber die papillösen Wucherungen an den befallenen Stellen betrifft, so sind sie wohl von nebensächlicher Bedeutung; sie sind sonst in keinem Falle von Impet. herp. beobachtet worden und finden sich auch beim Pemphigus vulgaris, circinnatus et foliaceus. Ebenso ist der letzte Punkt, auf den Auspitz Nachdruck legt, nämlich die constitutionelle Syphilis bei einer der Kranken, von keiner Wichtigkeit. Lues hat in den andern bekannten Fällen nicht vorgelegen, wenigstens haben es die Beobachter nicht erwähnt; Hebra hat aber das Fehlen syphilitischer Symptome bei den fünf von ihm beobachteten Fällen betont, und unsere Kranke war auch frei von Syphilis. So kann also diese Krankheit bei dem Falle von Auspitz nur als Complication, nicht aber als aetiologisches Moment, als Grundaffection angesehen werden.

In der Beschreibung seines Falles spricht Geber nur von einer Eruption von Bläschen, nicht von Pusteln und dieser Punkt ist benutzt worden, um eine Verwandtschaft der Impet. herp. mit dem Herpes zu beweisen. Allein Geber spricht von Bläschen, mit gelblicher undurchsichtiger Flüssigkeit gefüllt, so dass er zweifellos Pusteln und nicht herpesartige Bläschen gemeint hat. Dieser Fall hat am meisten Analogie mit dem hier beobachteten.

Die Fälle von Heitzman und Schwarz bieten das Absonderliche dar, dass die Affection zuletzt in ächten Pemphigus ausartete. In wiefern Heitzmann Recht hat eine Verwandtschaft der Impet. herp. mit Pemphigus und einen aetiologischen Zusammenhang zwischen beiden anzunehmen, dies kann bis jetzt nicht mit Bestimmtheit entschieden werden. Kaposi ist der Ansicht, dass der Fall Heitzmann's überhaupt keine Impet. herp., sondern von Anfang an ein Pemphigus circinnatus war.

Was den Fall Living's betrifft, so erweckt dieser mehr die Vorstellung eines Pemphigus als einer Impetigo herpetiformis. Der Beobachter spricht nur von Blasen,

deren Inhalt er nicht weiter präcisirt, so dass man eher annehmen muss, dass er einen serösen und nicht purulenten Inhalt gemeint hat, denn letzteres hätte er wohl hervorgehoben. Auch entspricht die Grösse dieser Blasen, deren Mehrzahl erbsen- bis zweimarkstückgross waren, nicht den Dimensionen der Pusteln bei Impetigo herpetiformis.

Der von Pataky mitgetheilte Fall, soll nach Kaposi's Ansicht ein Erythema multif. vesiculosum mit Herpes iris et circinnatus gewesen sein. Allerdings sprachen die Hämorrhagien um die mässig prominirenden rothen Flecken mit blassrothem Hofe für Erythema multif. vesiculosum, und eine Combination letzterer Affection mit Herpes iris ist nicht sehr selten. Es mus jedoch berücksichtigt werden, dass Pataky bei seinem Falle ein Auftreten von Pusteln bemerkt, von Bläschen, welche wie bei Impetigo herpetiformis, von Anfang an eitrig waren, während bei allen Formen des Herpes der Blaseninhalt mehr serös ist und erst in den späteren Stadien reicher an Eiterkörperchen wird.

Bei seinem an einem jungen Manne beobachten Falle hat sich Kaposi einzig und allein durch die charakteristischen Eruptionen an der Haut zu der Diagnose Impetigo herpetiformis bestimmen lassen. Die Art des Ausschlages, nämlich miliäre Pustelchen in kreisförmigen Gruppen mit Vertrocknung der centralen Pusteln und Borkenbildung; die vielen Nachschübe der Eruption, jedesmal von Fieber begleitet und endlich der Befund an den innern Schleimhäuten haben die Richtigkeit seiner Diagnose bestätigt.

IV. Wesen der Impetigo herpetiformis.

Die Impetigo herpetiformis gehört zu den Pustelausschlägen; wie es unser Fall gezeigt hat und nach den Angaben Hebra's und der neueren Autoren, welche übrigens nur dessen Worte wiedergeben, tritt sie nur auf

in Form von Pusteln. Diese Pusteln von miliarer bis Hanfkorn-Grösse sitzen auf einer diffus gerötheten, oder seltener erythematösen Basis; zuweilen auch auf weiter nicht gerötheten Haut (Geber).

Nach kurzer Zeit trocknet der Eiter in den Pusteln ein, und es bilden sich grünlichgelbe, bald trockene bald feuchte Krusten. Um diese Borken treten neue Pusteln auf in einfachem oder mehrfachem Kreise; die Pusteln sind flach, stehen vereinzelt oder confluiren.

Wenn die Krusten abfallen, hinterbleibt entweder eine neu ersetzte, hellrothe Epidermis oder eine epidermislose, nässende und papillenzeigende Fläche. Aber auch in letzterem Falle kommt es schnell zu Ersetzung der Epidermis, niemals zu Ulceration oder Narbenbildung.

An einigen Stellen, da wo die Haut Falten bildet, so besonders im Schenkelleistenbug, unter den Brüsten, am Halse, hinter den Ohren, zwischen den Fingern und den Zehen findet keine eigentliche Borkenbildung statt, sondern durch Zerfall der Pusteln wird die Haut zu einer gelblichgrünen, breiartigen Masse.

Für das Auftreten der ersten Efflorescenzen scheint es Praedilectionsstellen zu geben, wohl da, wo die Haut den meisten Insulten, Druck oder Reibung ausgesetzt ist, so an der Innenseite der Oberschenkel, auf den Brüsten und an der Beugefläche der Gelenke. Von diesen erst befallenen Stellen breitet sich die Eruption aus, schubweise und unter Fiebererscheinungen und zuweilen fast unerträglichem Pruritus; schliesslich kann, wie in unserem Falle, die ganze Körperfläche ergriffen sein; sogar das Gesicht und die behaarte Kopfhaut können von Pusteln und Krusten bedeckt werden. Wenn die Borken der Kopfhaut abfallen oder durch emollirende Mittel abgelöst werden, fallen die Haare mit aus; so wurde unsere Patientin, nachdem die Kopfhaare büschelweise abfielen, vollständig kahl, und nur langsam wuchsen Lanugohärchen nach. Auch Abstossen der Nägel an

Fingern und Zehen ist beobachtet worden; in unserem Falle trat dies zwar nicht ein, die Nägel wurden aber locker und ihre Substanz erweicht.

Die Eruption kann auch auf die Schleimhäute übergreifen, besonders die Mundschleimhaut und die Schleimhaut der äusseren Genitalien. Es ist sehr wahrscheinlich, obgleich die Sectionen es nicht genügend haben feststellen können, dass die Schleimhaut des ganzen Darmtractus in manchen Fällen in Mitleidenschaft gezogen wird; wenigstens hat die Autopsie des Falles Kaposi's Pustelgruppen im Œsophagus finden lassen und ferner scheinen die in dem Falle Gebers und in dem unsrigen unter Fiebererscheinungen aufgetretenen blutigen Stühle auf Geschwürsbildungen in Folge ähnlicher Eruptionen auf der Darmschleimhaut hinzudeuten.

Auf der äusseren Haut ist an den befallenen Stellen die Hauttemperatur erhöht.

Endlich ist zu erwähnen, dass die Läsionen weder dem Laufe der Nerven noch der Gefässe entsprechend, sondern ganz unregelmässig vertheilt sind.

Neben diesen auf der äusseren Haut localisirten Hauptsymptomen wird das klinische Bild durch mehrere Nebensymptome vervollständigt, welche in dem einen oder dem andern Falle fehlen können.

Dahin gehört: das Erbrechen, die Diarrhœ, die Störungen der Hautinnervation, die Glieder- und Gelenkschmerzen, alles Erscheinungen secundärer Natur.

In pathologisch anatomischer Hinsicht scheint die Impetigo herpetiformis nichts Charakteristisches zu bieten, das sie von andern mit Pustelbildung einhergehenden Affectionen auszeichnen würde.

Mikroskopische Untersuchungen konnten in unserem Falle leider nicht vorgenommen werden, da die Patientin sich immer hartnäckig weigerte, die kleinste Hautexcision an sich vornehmen zu lassen. Nach den Angaben

Neumanns [1], des einzigen Autoren, welcher über die pathologische Anatomie der Impetigo herpetiformis berichtet, wäre der anatomische Befund: 1) eine Erweiterung der Gefässe, besonders des Lymphgefässe und der Venen. 2) eine Rundzelleninfiltration im Cutisgewebe. 3) eine Vermehrung der Parenchymzellen der Schweissdrüsen.

Die für die Diagnose wichtigsten Symptome der Impetigo herpetiformis sind kurz zusammengefasst, folgende: 1) das Auftreten meist miliärer bis höchstens hanfkorngrosser Bläschen mit sogleich purulentem Inhalt auf gar nicht oder diffus gerötheter Haut, das schnelle Platzen dieser Pusteln nach 1 bis 2 Tagen und die Bildung der charakteristischen grünlichen Borken. 2) die zwar nicht immer während des ganzen Verlaufes aber doch sehr oft wahrnehmbare Tendenz dieser Pusteln zu Gruppenbildung und peripherem Weiterschreiten nach Vertrocknung der mittleren Efflorescenzen. 3) die Regeneration der Haut nach Abfallen der Krusten an den befallenen Stellen ohne Ulceration oder Narbenbildung, sogar meist ohne Pigmentveränderung. 4) das Auftreten der ersten Efflorescenzen an bestimmten Prädilectionsstellen, so an der Innenseite der Oberschenkel, den Genitalien, dem Unterleibe.

Bei der Differentialdiagnose kann schon das Festhalten an den typischen Efflorescenzen vor Verwechslung mit andern Hautaffectionen schützen.

Die Impetigo herpetiformis ist keine polymorphe Hauterkrankung, sie tritt einzig und allein auf in Form der erwähnten charakteristischen Epidermidalpusteln. — Mit dem Pemphigus ist wohl keine Verwechselung möglich, wenn man die Grösse und die Beschaffenheit der Blasen auf der Haut berücksichtigt; sie sind viel grösser als bei der Impetigo herpetiformis, treten nicht an besonderen Prädilectionsstellen auf, sondern gleich von Anfang an an den verschiedensten Körperregionen; sie sind

1. Neumann, Hautkrankheiten V. Aufl. p. 267.

mit einer serösen Flüssigkeit gefüllt, welche erst später trübe und eitrig wird. Diese Bullae platzen erst nach 5 bis 6 Tagen und es bilden sich dünne braune Krusten oder weisse Epidermidalschuppen. – Grössere äussere Aehnlichkeit zeigt die Impet. herp. mit dem Herpes, insbesondere mit dem Herpes circinnatus. Beim Herpes aber handelt es sich theils um anatomisch vorgezeichnete (H. zoster), theils um topographisch markirte Regionen des Körpers (H. facialis, labialis, pudendalis etc), welche zuerst der Sitz von kleinen Knötchen werden, die sich durch Ansammlung von Serum zu kleinen Bläschen entwickeln. Erst in den spätern Stadien trübt sich der Inhalt dieser Vesikeln durch Hinzutreten von Fibringerinsel und Eiterkörperchen.—

In seltenen Fällen, wenn nämlich die Krustenbildung an sämmtlichen Stellen allgemein geworden ist, kann das Bild der Impetigo herpetiformis vollständig verwischt, und ein universelles Eczem in seinem zweiten Stadium, ein Eczema crustosum vorgetäuscht werden. Hier liegt das erste diagnostische Merkmal in dem Aussehen der Krusten; beim Eczema sind es schuppenartige graue oder gelbe Borken, bei der Impetigo die lamellösen grünlichen Krusten. Ferner ist das Uebergreifen der Eruption auf die Schleimhäute bei der Impetigo zu erwägen, was beim Eczema sehr selten ist. Endlich fehlt bei der Impet. herpet. die beim Eczema stets vorhandene Infiltration der Haut.

Die Anamnese und die Angaben der Kranken werden auch von vornherein das Eczema ausschliessen lassen; im Beginn findet man bei ihm zwar auch Initialsymptome wie bei den Eruptionsfiebern: Unwohlsein, Mattigkeit, Hitze, Appetitlosigkeit; aber diese Allgemeinsymptome sind nie scharf markirt, sie hören auf, sobald das Eczema sich localisirt hat. Für die Impetigo aber ist charakteristisch, dass das Fieber sehr lange andauern kann, und dass jeder neuen Eruption Fieber oder Schüttelfrost vorangeht.

Die Prognose der Impetigo herpetiformis ist keine günstige; die Affection endigt fast immer letal, wenn nicht beim ersten Befallensein, so doch bei einem Recidive.

Kaposi berichtet, dass auf der Wiener Klinik die Impetigo herpetiformis dreizehnmal beobachtet wurde, zwölfmal bei Schwangeren oder Puerperen und einmal bei einem Manne. Diese Fälle verliefen alle tödlich, mit Ausnahme von einem. Nur eine der Kranken überstand die Krankheit zweimal und starb bei dem dritten Anfalle; zwei Frauen starben bei einem ersten Recidiv, und alle andern beim ersten Befallensein.

Sogar auf die Kinder in utero übt zuweilen die Impetigo einen üblen Einfluss aus; es werden entweder nicht ausgetragene, schwächliche Kinder geboren, welche oft kurz nach der Geburt sterben, oder es tritt Abortus ein, und todte Früchte werden zur Welt gebracht, so in dem einen der von Auspitz beobachteten und in einem 1881 auf der Wiener Klinik behandelten Falle, wo Abortus einer macerirten Frucht stattfand. Milton hat über einen Fall berichtet, bei welchem die Eruption bereits im vierten Schwangerschaftsmonate begann und im sechsten Monate Abortus eintrat.

Die Therapie vermag bei der Impetigo herpet. wenig auszurichten; eine specielle Behandlung kennt man bis jetzt nicht, und in allen beobachteten Fällen ist nur symptomatisch verfahren worden.

Die äussere Behandlung richtet sich gegen die übermässige Krustenbildung und Eiteransammlung, wodurch möglicherweise septische Processe eintreten könnten. In unserem Falle wurden während der zwei ersten Monaten Einreibungen mit Lanolin-Vaselinsalbe vorgenommen, und darauf die Haut mit Zinksalbeläppchen zugedeckt. Die Eruption wurde dadurch so gut wie gar nicht beeinflusst, nur der schmerzhafte Zustand vermindert. Gegen die Anhäufung von Krusten wandte man Frictionen mit Mandelöl an, wonach dieselben sich erweichten und ablösten

aber ein für die Patientin unangenehmes Gefühl von Brennen entstand. Besser erwies sich das einfache Bepudern der Haut mit Amyl. pulv., wodurch schnelles Eintrocknen der Pusteln und des Eiters und geringere Empfindlichkeit der Haut erreicht wurde.

Gegen den Pruritus sind verschiedene Mittel angegeben worden: Theer, Liquor picis alcalini (Bulkley), Opium-Chloralhydrat- und Belladonasalbe.

Grosse Dienste haben die Bäder in unserem Falle nicht geleistet; es wurde durch dieselben nur das Abfallen der Krusten befördert.

Ein grösseres Gewicht ist auf die innere Medication zu legen, deren Hauptziel es sein soll, die Kräfte der Patientin, welche meist sehr herunterkommen, zu heben. Hier sind roborirende Mittel: China- und Eisenpräparate am Platze; appetitmachende Mittel und Stomachica: Vinum Condurango; eine stärkende, aber leicht verdauliche Nahrung.

Das Fieber ist durch die gewöhnlichen antifebrilen Mittel zu bekämpfen. Da unsere Patientin fast die ganze Dauer der Affection hindurch abendliche Temperaturerhöhungen hatte, erhielt sie Abends einen oder mehrere Dosen Antifebrin zu 0.25. Zuletzt wurde, als durch das Antifebrin keine merkbare Temperaturerniedrigung mehr erzielt wurde, Antipyrin in Dosen zu 1,0 dargereicht, wodurch die Temperatur jedesmal um mindestens 1° herabgesetzt wurde.

Als antidiarrhoïcum wurde bei unserer Patientin Opium und Bismut. subn. angewandt.

Im Hinblick auf den erwähnten pathologischen Zustand der Gefässe, wurde auch ein Versuch gemacht mit der innern Darreichung von Ergotin, jedoch wurde durch dieses Mittel der Pusteleruption kein Einhalt gethan.

Gegen die nächtlichen Schweisse wurde zuerst Atropin und dann Agaricin angewandt (Atropinpillen zu 0,001 1 Pille am Abend —Agaricinpillen zu 0,01 2 Pillen Abends).—

Schliesslich will ich erwähnen, dass in unserem Falle von Anfang an, vom 4. April bis Mitte Juni Natr. acet. innerlich dargereicht wurde, ein Mittel, mit dem Prof. Wolff bei verschiedenen Infectionszuständen gute Erfolge erzielte.

Hinsichtlich des Abhaltens neuer Eruptionen war zwar dieses Mittel von keinem sichtbaren Erfolge; es wäre jedoch die Frage aufzuwerfen, ob vielleicht die endliche Genesung nicht diesem Medicamente zu verdanken war.

Was die Aetiologie der Impetigo herpetiformis betrifft, so ist sie bis jetzt noch eine dunkle, und durch keinen der jüngst veröffentlichten Fälle ist Licht in diese Frage gebracht worden.

Hebra, welcher seine Impetigo herpetiformis als wohlcharakterisirte und für sich bestehende Affection hinstellte, hat sich jeder positiven Behauptung über deren Ursprung enthalten und nur die Vermuthung ausgesprochen, dass, da die fünf von ihm beobachteten Fälle nur Gravide und Puerperen betrafen, diese Hautaffection durch krankhafte Veränderungen im Genitalaparate des Weibes bedingt sein könnte. Sie würde durch reflectorische Nerven- und Gefässreizung entstehen, wie Urticaria, Pemphigus und die andern Dermatosen in der Gravidität. Dieser Ansicht sind auch die meisten deutschen Autoren.

Allein, gegen die Annahme, dass es sich um eine Reflexneurose handle, spricht der Umstand, dass die Läsionen ganz unregelmässig vertheilt sind und niemals eine bestimmte Anordnung zeigen, entsprechend dem Verlaufe der Nerven oder der Gefässe, und dass die Functionen der Haut meist intact bleiben.

Besnier meint, dass die Impetigo entweder eine reflectorische Dermatose trophoneurotischer Art sei, oder, und zu dieser Annahme neigt er mehr als zu der ersteren, dass es eine septicämische Eruption sei. In dieser Hinsicht stimmt er mit Neumann überein, welcher die

Affection als eine metastatische Pustulose ansieht. Diese Ansicht muss jedoch nach den Resultaten der Sectionen als eine zweifelhafte hingestellt werden; denn nur in zwei von allen zur Section gekommenen Fällen sind septicämische Processe aufgefunden worden: in dem einen Falle von Auspitz und in einem andern auf der Wiener Klinik beobachteten Falle. Ausserdem hat Kaposi einen Fall, dessen Diagnose unbestreitbar eine richtige war, bei einem Manne beobachtet. Dieser Patient starb an tuberculöser Peritonitis, und es wäre hier die Aetiologie der Hautaffection in einer Resorption zu suchen und die Eruption als eine metastatische anzusehen. Aber, wie Kaposi bemerkt, die tuberculöse Peritonitis ist eine bei beiden Geschlechtern häufige Krankheit, und doch ist die Impetigo herpetiformis bei ihr nie beobachtet worden.

Man wäre, wie mir scheint, eher zur Frage berechtigt, ob die Impet. herpet. nicht eine Infections-Krankheit ist. Dafür sprächen mehrere wichtige Gründe:

1) Die Initialsymptome vager Natur, welche allerdings zuweilen fehlen können: Unwohlsein, Mattigkeit, Cephalagie. 2) das Fieber, zuweilen Schüttelfröste, welche jeder neuen Pusteleruption vorangehen. 3) der Einfluss der Krankheit auf den Fœtus. 4) der meist letale Ausgang. 5) der cyklische Verlauf der Affection und die Recidive bei neuen Schwangerschaften. 6) der Umstand, dass auch zwei Fälle bei Männern beobachtet wurden.

Was den Einfluss der Impetigo herpetiformis auf die Kinder betrifft, so ist wohl anzunehmen, dass sie allein durch das übermässige und lang andauernde Fieber getötet werden.

Die Frage, warum denn gerade Schwangere oder Puerperen befallen würden, wäre dahin zu beantworten, dass durch die Gravidität der Organismus in einen veränderten Zustand versezt und einigermassen geschwächt wird, und somit eine gewisse Praedisposition zur Krankheit entstehe. Aehnlich würde sich auch der Fall von

Kaposi erklären; der Patient war wohl in Folge der Tuberculose heruntergekommen als er von der Impetigo herpetiformis befallen wurde.

Von dieser letzten Meinung ausgehend, dass nämlich die Affection eine Infectionskrankheit sein könnte, habe ich versucht den specifischen Krankheitserreger durch Züchtung rein darzustellen. Zu diesem Zwecke wurde Pusteleiter und Blut der Kranken auf Thiere (Kaninchen) übertragen. Diese Versuche ergaben kein positives Resultat. Ferner wurde mit dem Pusteleiter und mit dem Blute unter allen Cautelen Stichculturen in Gelatine (Nährpeptongelatine) gemacht.

Bei den Stichculturen mit Eiter und bei den mit Blut trat derselbe Coccus auf: Anfangs bildete sich oben auf der Gelatine eine graue trübe Plaque und nach drei bis vier Tagen trat eine weisse sich allmählich verflüssigende Cultur auf, von der eine korkzieherähnlich gewundene aber platte Colonie von Coccen nach unten wuchs. Diese Colonie bestand aus kleinen runden, von einander geschiedenen weisslichen Pünktchen. Die Verflüssigung der Gelatine ging progressiv von oben nach unten vor sich. — Stiche mit der verflüssigten Masse in frische Nährgalatine ergab eine Cultur, welche vollständig dieselbe Anordnung hatte.

Einspritzungen dieser verflüssigten Gelatine unter die Haut von Kaninchen hatte keinen Erfolg.

Mikroskopisch fand sich in der mit Eiter und in der mit Blute geimpften Gelatine derselbe Coccus. Es waren ungleich grosse, aber relativ kleine Coccen in Haufen, meist zu zwei oder drei angeordnet.

Diesen Coccus kann man nicht als den specifischen Krankheitserreger ansehen, weil einerseits die Thierversuche, was allerdings nicht massgebend ist, nichts ergaben, und weil anderseits derselbe Coccus sich in der mit gewöhnlichem Eiter geimpften Gelatine entwickelte. Es dürfte sich in beiden Fällen um einen und denselben

Coccus gehandelt haben, dessen Eigenschaften denen des Staphylococcus pyogenes albus entsprechen. — Zum Vergleiche wurde, so wie es mit gewöhnlichem Eiter geschehen war, die Nährgelatine mit normalem Blute geimpft. Dies führte zu keinem Resultat; es entwickelten sich keine Coccen.

Somit ist aus diesen experimentellen Culturen für unseren Fall nur der Schluss zu ziehen, dass der in dem Pusteleiter vorkommende Coccus mit dem Staphylococcus pyogenes albus allem Anscheine nach identisch ist, und dass er sich auch in dem Blute der Kranken findet. Ob nun der Coccus primär in dem Blute auftrat oder ob er aus den Pusteln resorbirt in die Blutbahn gelangte, lässt sich für unseren Fall nicht entscheiden, da die Eruption beim Eintritt der Kranken schon sehr stark entwickelt war, so dass eine Resorption nicht ausgeschlossen werden kann.

Dass bei der Impetigo herpetiformis Bakterien im Blute und im Eiter vorkommen, scheint nach dem allem festgestellt, dass sie aber eine active Rolle bei dem Processe spielen ist durch die angegebenen Untersuchungen nicht genügend bewiesen.

Coccen kommen ja in der normalen Epidermis vor, sie können sich in dem Eiter der Pusteln entwickeln und von da aus durch Resorption in die Blutbahn gelangen, also nur eine secundäre Erscheinung der Affection sein. Dafür würde auch die Nichtübertragbarkeit auf Thiere sprechen, oder es müsste sich denn um eine auf Thiere nicht übertragbare Infectionskrankheit des Menschen handeln.

Wir würden daher nach wie vor noch immer die drei Hypothesen vor uns haben: entweder ist die Impetigo herpetiformis eine einfache Pustulose bei welcher der Staphylococcus pyogenes von den Pusteln aus in die Blutbahn gelangte, nachdem der Eiter resorbirt worden war; oder es handelt sich um eine metastatische Pustu-

lose, wofür jedoch mit Ausnahme von dreien keiner von den beobachteten Fällen sowie auch der unsrige, den geringsten Anhaltspunkt geben; oder endlich die Affection ist eine Infectionskrankheit, bei welcher der gefundene Parasit keine directe Rolle spielt.

Auf die oben erwähnten, für eine Infectionskrankheit sprechenden Sypmtome der Impetigo herpetiformis gestützt, glaube ich vorläufig an letzter Hypothese halten zu müssen.

Als weiteren Anhaltspunkt zu dieser Ansicht, möchte ich zum Schlusse auf die in unserem Falle glückliche Wirkung des Natr. acet. hinweisen. Allerdings würden noch weitere therapeutische Versuche in diesem Sinne anzustellen sein.

Am Schlusse dieser Abhandlung sei es mir gestattet, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Prof. Dr Wolff für die Ueberlassung des Falles, und Herrn Prof. Dr Freund für die gütige Uebernahme des Referats meinen Dank auszusprechen.